

# Liệu pháp Giám sát Trực tiếp (DOT) Thỏa thuận Điều trị bệnh Lao DOT Agreement: Vietnamese

Tên \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_\_ ĐT nhà: \_\_\_\_\_  
Địa chỉ \_\_\_\_\_ ĐT cơ quan: \_\_\_\_\_  
Thành phố \_\_\_\_\_ Mã vùng \_\_\_\_\_ ĐTDĐ: \_\_\_\_\_  
Sở Y tế \_\_\_\_\_

Tôi biết cách duy nhất để khỏi bệnh là uống thuốc lao đúng theo chỉ dẫn của y tá hoặc bác sĩ. Tôi sẽ dùng một số loại thuốc trong một thời gian dài (6 tháng hoặc hơn) để tiêu diệt vi khuẩn lao. Nếu tôi không tuân theo những chỉ dẫn này, bệnh tình của tôi có thể tái phát tệ hơn trước. Khi đó việc chữa trị sẽ khó hơn, mất nhiều thời gian hơn và có thể lây bệnh sang người khác. Tôi đồng ý tham gia chương trình điều trị giám sát nhằm giúp tôi nhớ uống thuốc, đảm bảo hoàn tất đợt điều trị và khỏi bệnh. Trong chương trình này, một nhân viên DOT lành nghề sẽ có mặt khi tôi uống thuốc và có thể giải đáp các thắc mắc của tôi.

**Tôi, \_\_\_\_\_ đồng ý rằng**  
(Tên khách)

- Tôi sẽ có mặt tại: \_\_\_\_\_ Nhà \_\_\_\_\_ Cơ quan \_\_\_\_\_ Phòng khám/Phòng mạch bác sĩ công (LHD) \_\_\_\_\_ Khác (nêu rõ) \_\_\_\_\_ từ \_\_\_\_\_ đến \_\_\_\_\_ giờ để được thăm khám DOT.
- Nếu không thể có mặt vào thời điểm và địa điểm như đã thỏa thuận, tôi sẽ gọi cho \_\_\_\_\_ ở số \_\_\_\_\_ để thay đổi lần thăm khám.
- Nếu tôi không gọi điện kịp thời để thông báo thay đổi lần thăm khám, tôi biết tôi có thể sẽ phải đến \_\_\_\_\_ trong khoảng \_\_\_\_\_ để được thăm khám DOT.
- Tôi sẽ thông báo cho nhân viên DOT của mình nếu gặp vấn đề. Tôi có thể được mời đến \_\_\_\_\_ gặp bác sĩ hoặc y tá và/hoặc để được kiểm tra trong quá trình điều trị.
- Tôi biết nếu bỏ lỡ các lần thăm khám và không tuân theo lịch điều trị, tôi có thể bị xử lý theo pháp luật.

**Tôi, \_\_\_\_\_ đồng ý rằng**  
(Tên Sở Y tế /Quản lý ca bệnh)

- Nếu không thể có mặt vào thời điểm và địa điểm như đã thỏa thuận, tôi sẽ gọi cho \_\_\_\_\_ ở số \_\_\_\_\_ để thay đổi lần thăm khám.
- Tôi sẽ giữ kín thông tin sức khỏe của khách.
- Tôi sẽ giải đáp các thắc mắc và quan tâm của khách. Tôi sẽ giúp khách liên hệ với các dịch vụ khác khi cần.
- Tôi sẽ báo ngay cho bác sĩ hoặc y tá về bất cứ vấn đề nào của khách. Tôi sẽ nộp các báo cáo cần thiết.

Khách

Y tá

Nhân viên DOT